

Economia da Saúde, Inovação e Desigualdades Globais

World Health Economy, Innovation and Inequality

João Maia

Received for publication: July 1, 2019

Revision accepted for publication: January 28, 2020

ABSTRACT

The world health economy reflects the strong investment in research and development (R&D) that has been made in developed countries. However, this is a reality that is not reflected in the developing countries, the countries of the sociological South. These countries are even faced with other health problems. This article shows an overview of the dominant rationalities in the health economy, on a global scale, highlighting the discrepancies that are occurring in reference indicators. The final considerations discuss the feasibility and effectiveness that the social movements that act in this field should obtain for the development of democratic biopolitics that responds to everyone's needs.

Keywords: Health; innovation; inequalities; biopolitics.

JEL Classification: I14; O32; O34; O35.

RESUMO

A economia global da saúde reflete o forte investimento em investigação e desenvolvimento (I&D) que tem sido realizado nos países desenvolvidos. No entanto, trata-se de uma realidade que não se reflete nos países em desenvolvimento, os países do Sul sociológico. Estes países inclusivamente debatem-se com outro tipo de problemáticas na área da saúde. Este artigo mostra uma panorâmica das lógicas dominantes na economia da saúde, à escala global, evidenciando as discrepâncias que se estão a originar em indicadores de referência. As considerações finais apontam como determinantes, para a correção das assimetrias, o nível de exequibilidade e de efetividade que os movimentos sociais que atuam neste campo possam vir a obter para o desenvolvimento de uma biopolítica democrática que corresponda às necessidades de todos.

Palavras-chave: Economia da saúde; inovação; desigualdades; biopolítica.

1. INTRODUÇÃO

No contexto da atual globalização têm vindo a ser constatadas a existência e a persistência de grandes assimetrias nos indicadores de saúde a nível global (UNFPA, 2016; Barata, 2003). Com efeito, as apostas e as lógicas de financiamento da investigação biomédica estão longe de se dirigirem às necessidades de todos (Schuklenk e Bello, 2006). No quadro do domínio da tecnociência, podemos verificar como determinadas regiões do globo apresentam realidades confrangedoras na área da saúde, nomeadamente na ligação desta à investigação científica e à indústria (UNESCO, 2014). As desigualdades existentes no âmbito das relações de poder nas relações internacionais, tanto em matéria económica como em matéria política, explicam em grande parte estas realidades (Santos B.S., 2001). Os fenómenos da biopirataria e do bioimperialismo agravam ainda mais esta problemática ao excluírem as populações e as comunidades dos seus próprios saberes medicinais (Caulfield e Von Tigerstrom, 2006; Santos B.S. et al., 2004; Santos L.G., 2004; Shiva, 2004). No entanto, começa-se a verificar o surgimento de movimentos de natureza emancipatória que atuando sobre as redes de informação e de comunicação tentam efetivar o direito à saúde para todos numa perspetiva ecossocial (Spenillo, 2015).

Neste sentido, este artigo tem como objetivo mostrar uma panorâmica das lógicas dominantes na economia da saúde, à escala global, incluindo em questões como o investimento em investigação e desenvolvimento (I&D) e em base do conhecimento no quadro dos países da OCDE, países maioritariamente pertencentes ao Norte sociológico ou aos países chamados desenvolvidos. Neste contexto, também iremos observar de forma próxima as problemáticas com que se deparam os países do Sul sociológico e as discrepâncias que se estão a originar nos indicadores da esperança de vida à nascença entre diferentes regiões do globo. Os termos Norte e Sul não são aplicados no sentido geográfico, já que excluiríamos, do Norte, países centrais como a Austrália e a Nova Zelândia, mas sim no sentido sociológico dadas as clivagens, a vários níveis, que em grande medida se originaram com os processos de industrialização (Barata, 2003) associados aos processos de dominação política ligados ao colonialismo e ao imperialismo no quadro da hegemonia ocidental no mundo.

Por fim, na abordagem à atuação dos movimentos sociais, que no contexto das comunidades locais tentam implementar lógicas contra-hegemónicas na área da saúde, serão expostos os desafios que estes movimentos enfrentam para a persecução dos seus objetivos em termos do desenvolvimento de uma biopolítica democrática que corresponda à satisfação das necessidades de todos em matéria de saúde.

2. APOSTAS E LÓGICAS DE FINANCIAMENTO DA INVESTIGAÇÃO BIOMÉDICA

Na atualidade, as lógicas de financiamento da investigação biomédica e da bioética, em particular, assentam largamente no investimento da indústria farmacêutica, de organizações governamentais, como o US National Institutes of Health, ou mesmo de fundos privados para a saúde que atuam em diferentes países. Tais organismos obedecem a uma rede de relações que propaga e promove interesses hegemónicos, incluindo na produção do conhecimento e no desenvolvimento da tecnologia. Estes financiadores estão mais preocupados

com as questões de investimento no hi-tech da saúde, como por exemplo nas novas redes de informação e de comunicação, do que propriamente com as necessidades das populações carenciadas, incluindo das populações dos países em desenvolvimento ou dos países do Sul sociológico. Nesta medida, não há muita investigação na área da bioética em relação a este tipo de questões. Lembre-se, inclusivamente, em relação às prioridades referidas, que em muitos países do Sul sociológico o acesso à internet, por parte da generalidade das populações, é muito diminuto ou mesmo nulo. Por outro lado, na investigação científica existe uma grande dificuldade dos jovens investigadores, que se debruçam sobre as problemáticas do Sul, para publicarem dado que as grandes revistas da especialidade têm uma orientação etnocêntrica e também por falta de financiamento aos seus trabalhos (Schuklenk e Bello, 2006).

Neste sentido, um caminho que possa efetivar a implementação e a generalização de uma investigação biomédica que esteja dirigida às necessidades de todos ainda é longo dado que o quadro dominante, na área da saúde, está assente em forças de mercado de grande poder e sem grande sensibilidade para as questões sociais. Para isto muito contribui o fenómeno denominado como tecnociência. O termo “tecnociência” num sentido mais lato pode ser entendido como a imbricação mútua que existe entre o desenvolvimento da ciência e o desenvolvimento da tecnologia. No entanto, no atual quadro da globalização neoliberal, em que os problemas relevantes para o conhecimento são estabelecidos em função dos interesses e prioridades vigentes nos países do Norte sociológico e em que a orientação prioritária do investimento em ciência e tecnologia é feita em função desses problemas, o termo tecnociência pode ser aplicado num sentido mais estrito para indicar a organização da investigação científica em função das necessidades económicas e do desenvolvimento tecnológico. Para se ter uma noção da importância dada a esta perspetiva de desenvolvimento, no âmbito do sistema mundial, podemos analisar dados estatísticos sobre o investimento nesta área. Nos países da OCDE (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico), organização cujos membros são quase exclusivamente pertencentes ao Norte apresentando níveis de desenvolvimento assinaláveis, os números da despesa realizada em “investigação e desenvolvimento” (I&D) têm sido significativos nomeadamente no aumento que sofreram na viragem para este século. A despesa em I&D é um indicador do esforço dos governos e do setor privado para obter vantagens competitivas em ciência e tecnologia. Em 2001 a média do rácio de despesa em investigação e desenvolvimento nos países da OCDE era de 2,3% comparativamente ao PIB (Produto Interno Bruto). Durante a segunda metade dos anos noventa, a despesa, nesta área, cresceu rapidamente em países como a Islândia, Grécia, México e Turquia ao terem todos rácios anuais de crescimento da despesa em I&D superiores a 12%. Nos Estados Unidos da América, a despesa, por esta altura, também era bem significativa em investigação e desenvolvimento em paralelo com um crescimento rápido do PIB nacional. Países como a Islândia, o Japão, a Finlândia e a Suécia caracterizavam-se mesmo por terem rácios de despesa em I&D superiores a 3% do PIB (OECD, 2005: 116).

Também o indicador de investimento em conhecimento é relevante para esta análise. Este indicador compara entre países membros da OCDE o investimento realizado em “base de conhecimento” que é suposto trazer retornos económicos no futuro ao país e à sociedade em causa. O investimento em conhecimento é definido pela soma da despesa em I&D, em ensino superior (público e privado) e em software. Esta soma é depois dividida pelo PIB de cada país para produzir um indicador comparável entre os países. Neste sentido, muitos

países da OCDE aumentaram o seu investimento em base de conhecimento. Durante os anos noventa aumentou anualmente mais de 7,5% na Dinamarca, Finlândia, Irlanda e Suécia. Mesmo os países que tinham indicadores baixos de investimento em conhecimento fizeram, por esta altura, esforços significativos no seu aumento como foram os casos da Grécia, Irlanda e Portugal no sentido de tentarem acompanhar economias baseadas no conhecimento como a Suécia e a Finlândia. Para muitos países, os aumentos da despesa em software foram a maior fonte do aumento do investimento em conhecimento. No ano 2000, o investimento em conhecimento ascendeu na área da OCDE a 4,8% do PIB. Já o rácio de investimento em conhecimento em relação ao PIB era, por este ano, 2,8% mais alto nos Estados Unidos da América do que na União Europeia. Podemos ver que as desigualdades nesta área também se repercutem no espaço da OCDE revelando as tradicionais assimetrias Norte/Sul. Na Suécia (7,2%), nos Estados Unidos da América (6,8%), na Finlândia (6,2%) o investimento em conhecimento excedeu os 6% do PIB em contraste com o México e com os países da Europa Central e do Sul onde o investimento em conhecimento era inferior a 2,5% do PIB (idem: 118).

Este esforço de investimento em ciência e tecnologia também se reflete de forma significativa na área da saúde. Por exemplo, já foi referido a forte aposta que tem sido realizada no desenvolvimento das novas de redes de informação e de comunicação em saúde por atores que atuam nesta área (Schuklenk e Bello, 2006). No entanto, dada a natureza hierárquica do sistema mundial, são os lobbys mais poderosos do ponto de vista económico e político que têm a capacidade de definir uma agenda a nível global, ou seja, são determinados grupos, classes, interesses e estados que definem as culturas parciais enquanto culturas globais (Santos B.S., 2001). Embora se possa discutir a forma como se tem promovido o acesso à medicação nos países desenvolvidos (Nunes, 2009), a indústria farmacêutica aposta essencialmente no desenvolvimento de respostas às doenças globais e nas respostas às necessidades das pessoas em adotarem os estilos de vida promovidos como socialmente aceites ou desejáveis no Norte ou em elites abastadas do Sul (UNESCO, 2014). Já em algumas regiões do globo o quadro é de veras deprimente para a maioria das populações. No Sul sociológico, as opções de tratamento dos problemas mais prementes de saúde são, em grande parte dos casos, inadequadas, tóxicas ou mesmo não-existent. Quem o afirma é o relatório de 2014 da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) sobre “O princípio da não-discriminação e da não-estigmatização”. Este documento é bastante explícito em apontar aos países ditos em desenvolvimento um quadro de pobreza, de instituições fracas, de falta de capacidade de investigação científica, falta de comunicações e de infraestruturas, inabilidade de transferência do conhecimento para as políticas e de fracos sistemas de regulação da medicação. Nesta medida, existe, nestes países, uma fraca colaboração entre os estados e a indústria farmacêutica de modo a contrariar as problemáticas de saúde que se tornam endémicas em sociedades com estas características.

3. PROBLEMÁTICAS DO SUL SOCIOLOGICO

De modo geral, os documentos oficiais indicam a permanência de grandes problemáticas de saúde no Sul sociológico. Há questões que se prendem com a estruturação dos sistemas

sociais e de saúde desde logo em matérias básicas como o saneamento e a má-nutrição. Por outro lado, o flagelo das epidemias da SIDA e da malária continua a deflagrar em muitos países sendo, só por si, um fator de desestruturação social (UNESCO, 2014). Como agravante, assiste-se com frequência em países do Sul a violações dos direitos humanos em questões como os testes médicos e o tráfico e comercialização dos órgãos humanos (Schuklenk e Bello, 2006). Há grandes deficiências em termos da regulamentação e da efetivação da legislação, quer internacional, quer nacional, para salvaguardar o cumprimento dos direitos humanos nestas matérias.

Udo Schuklenk e Braimoh Bello falam, neste sentido, dos desafios que se colocam em termos de medicação nos países do Sul: *“The first challenge is that the medication in question might not exist, because the necessary research was not considered commercially sufficiently attractive by pharmaceutical multinationals to justify substantial investment...”* depois *“The second challenge is that the medication available is likely to be too expensive to permit affordable access”* (Schuklenk e Bello, 2006: 14). Muitas vezes, nesta lógica do lucro que não atende a quem mais necessita, gera-se um mercado de contrafação de medicamentos e de tratamentos utilizando medicamentos que não cumprem com o exigido. A SIDA tem sido um exemplo de uma doença que se tem tornado endémica em sociedades com grandes níveis de pobreza, nomeadamente surgindo associada ao crescimento da pobreza em grandes centros urbanos. Neste contexto, os regimes apertados em matéria das patentes e dos direitos de propriedade nos medicamentos dificultam o tratamento destas problemáticas de saúde. Esta realidade já levou alguns países a adotarem licenças compulsivas sobre a produção de alguns tipos de medicamentos de modo a permitirem a sua manufatura nos seus territórios e de modo permitir o seu uso nos seus sistemas de saúde por parte daqueles que necessitam. Já o falhanço na abordagem a estas questões leva à estigmatização e à marginalização dos doentes acentuando estereótipos e preconceitos em relação a grupos sociais que fogem à norma do comportamento (UNESCO, 2014).

4. DIFERENÇAS NOS INDICADORES

Os efeitos da tecnociência têm revelado, neste contexto, grandes assimetrias e têm produzido também grandes desigualdades, a vários níveis. Ano após ano, década após década, há padrões nos indicadores que se vão revelando continuamente. Esses padrões são desde logo relativos à fratura social entre o Norte e o Sul sociológicos. Os dados estatísticos do Fundo das Nações Unidas para a População (UNFPA), nos anos entre 2010 e 2015, indicam grandes disparidades nos números da esperança de vida à nascença quando comparados entre diferentes regiões do globo. De modo geral, a esperança de vida apresenta-se superior para as mulheres do que para os homens. Ainda assim, podemos ver que na América do Norte, Austrália, Nova Zelândia, Europa Ocidental e até em alguns países da Europa de Leste supera os 80 anos de idade para as mulheres, ficando um pouco abaixo desse limiar para os homens na maioria dos casos. Outros países que empreenderam processos acelerados de ocidentalização dos modos de vida, como o Japão e a Coreia do Sul, acompanham este nível nos indicadores. Os casos da China, América Latina, Irão, Turquia e alguns países árabes também revelam bons progressos ao colocarem os indicadores da esperança de vida à nascença acima dos 70 anos tanto para os homens como para as mulheres (UNFPA, 2016).

Quadro 1 – Esperança de vida à nascença em países da América do Norte e da Europa

País	Esperança de Vida à Nascença (2010-2015)	
	Homens	Mulheres
Canadá	79,69 anos	83,78 anos
Estados Unidos da América	76,47 anos	81,25 anos
Reino Unido	78,45 anos	82,39 anos
Suécia	80,1 anos	83,71 anos
França	78,76 anos	84,87 anos
Portugal	77,43 anos	83,5 anos
Polónia	73,06 anos	81,14 anos

Fonte: UNFPA (2016).

As diferenças começam a ser mais acentuadas quando se analisa a generalidade dos países da Ásia e Pacífico e alguns países da Europa de Leste. Quase todos os países da antiga União Soviética, incluindo a Federação Russa, conseguem superar a barreira dos 70 anos de idade para a esperança de vida das mulheres. No entanto, no que diz respeito aos homens, a esperança de vida cai, nos mesmos países, para a faixa etária dos 60-70 anos de idade (UNFPA, 2016). Ora, quando analisamos os dados atuais para o Sul da Ásia e para os países que estão na confluência com a zona do Pacífico percebemos que estes estão em consonância com outros dados da mesma região, relativos a meados do século XX, que mostravam vários atrasos em indicadores relativos à área da saúde (Barata, 2003). Tirando os casos mais significativos da Malásia, Tailândia, Vietname e Sri Lanka, a generalidade dos países nesta região apresentam esperanças de vida à nascença na casa dos 60-70 anos de idade tanto para os homens como para as mulheres. A disparidade, em relação ao primeiro «pelotão» do mundo ocidental, fica próxima dos 20 anos de diferença em casos como o Afeganistão (homens – 58,67 anos; mulheres – 61,06 anos) e a Papua Nova-Guiné (homens – 60,5 anos; mulheres – 64,49 anos) (UNFPA, 2016).

Neste campo, no entanto, os indicadores atuais mais fracos encontram uma amostra muito significativa na África Subsariana. Aqui as discrepâncias em relação aos países do Norte sociológico são enormes chegando a atingir os 30 anos ou mais de diferença na esperança de vida à nascença. Muitos países desta região estão na casa dos 50-60 anos de esperança de vida tanto para os homens como as mulheres, sendo que apenas no caso das mulheres esta fasquia é ultrapassada de forma significativa em alguns países. Há mesmo países que apresentam indicadores de esperança de vida inferiores aos 50 anos de idade como é o caso de Lesotho, da República Centro-Africana e da Serra Leoa (UNFPA, 2016).

Quadro 2 – Esperança de vida à nascença em países da África Subariana

País	Esperança de Vida à Nascença (2010-2015)	
	Homens	Mulheres
Serra Leoa	49,65 anos	50,74 anos
Costa do Marfim	50,21 anos	51,85 anos
República Centro-Africana	47, 83 anos	51,25 anos
Angola	50,2 anos	53,17 anos
Lesoto	49,19 anos	49,59 anos
África do Sul	54,85 anos	59,11 anos
Quênia	59,8 anos	62,17 anos

Fonte: UNFPA (2016).

Há que precisar que os dados estatísticos aqui referidos são relativos a uma realidade recente já consolidada. Não se referem a previsões para períodos de tempo que ainda estão a decorrer. Para além disso, este tipo de análise não pode ser realizado apenas entre diferentes regiões do globo. Tanto nos países do Norte como nos países do Sul sociológicos existem desigualdades socioeconómicas e discriminações socioculturais que são passíveis de se reproduzir internamente neste tipo de indicadores. Aliás, as recentes derivas neoliberais nas políticas públicas dos países do Norte proporcionam o desenvolvimento destes fenómenos ao implementarem lógicas economicistas, por exemplo, nas gestões dos sistemas de saúde em desfavor de lógicas de solidariedade social (Nunes, 2011).

5. O BIOIMPERIALISMO E A BIOPIRATARIA

Num plano mais lato, estas questões não escapam a uma dimensão ecológica. Com o desenvolvimento das novas tecnologias da informação e da comunicação, selou-se a aliança entre o capital, a ciência e a tecnologia conferindo à tecnociência a função de motor de uma acumulação que assume o mundo existente, por inteiro, como matéria-prima à disposição do trabalho tecnocientífico (Santos L.G., 2004). Muitas vezes, as grandes multinacionais farmacêuticas não respeitam aquilo que é o conhecimento local acumulado ao longo de gerações. Este conhecimento é o reservatório de sistemas de adaptação de enorme importância para a sustentabilidade a longo prazo dos seus utilizadores permanentes, ou seja, os membros de uma dada comunidade, emergindo, desta forma, o “lugar” como um produto de um trabalho social. Em relação à atuação destes agentes externos às comunidades têm vindo a surgir reações críticas não só dentro da própria comunidade científica como também da parte de movimentos ecológicos e sociais que se têm constituído na arena da luta social e política. Estes movimentos chamam a atenção para aquilo a que se denomina de “imperialismo ecológico” ou de “bioimperialismo” na medida em que existe, por parte das forças hegemónicas, uma apropriação de conhecimentos locais e de saberes indispensáveis

à identificação das espécies biológicas e à caracterização das suas propriedades. Com vista à comercialização de medicamentos há mesmo uma negação às populações do uso do seu património natural e medicinal através dos chamados regimes de propriedade. Este processo tem sido designado de “biopirataria” (Caulfield e Von Tigerstrom, 2006; Santos B.S. et al., 2004; Santos L.G., 2004; Shiva, 2004). Em exemplo, como adverte Vandana Shiva (2004), dada a crescente consciencialização pública relativamente aos efeitos secundários de fármacos perigosos e do aumento da resistência aos antibióticos, a indústria farmacêutica ocidental está a voltar-se cada vez mais para os sistemas das medicinas como a indiana e a chinesa, baseadas na utilização de plantas. Como estratégia é desenvolvido um sistema de patentes do conhecimento medicinal que permite um monopólio vantajoso para as empresas do Norte. Assim a biopirataria pode ser definida como “...o processo de patentear a biodiversidade, frações dela e produtos que dela derivem, com base em conhecimentos indígenas. As patentes são um direito para excluir os outros da produção, utilização, venda ou importação dos produtos que estão patenteados ou dos produtos fabricados através de um processo patenteado” (idem: 272). A biopirataria tem como consequência que os países do Sul tenham que comprar a custos elevados as suas sementes e os seus medicamentos aos concessionários globais da biotecnologia e da indústria farmacêutica o que os empurra ainda mais para o ciclo de endividamento e de pobreza (Shiva, 2004).

Veja-se que o atual sistema mundial partindo de uma relação de forças desiguais origina desde logo duas grandes fraturas: a primeira tem a ver com as relações socioeconómicas entre Norte e Sul que se dão num quadro de neocolonialismo agravando as assimetrias uma vez que os movimentos de globalização não acautelam a equidade e a justiça nas relações comerciais; a segunda tem a ver com a adoção do modelo neoextrativista que está associado às explorações dos recursos naturais sem salvaguardar os equilíbrios ecológicos e a capacidade de regeneração das riquezas naturais. No quadro das sociedades do Sul em que as estruturas são frágeis nomeadamente ao nível da capacidade de regularem a atividade económica ou de serem elas próprias competitivas, dado o atraso de séculos que foi adquirido em relação ao Norte e dados os problemas endémicos dessas sociedades, com facilidade se geram ruturas nos sistemas sociais e ambientais que são passíveis, como já se verifica atualmente, de terem consequências nefastas nos indicadores de saúde. Também a nível internacional existe uma falta de instrumentos e de organismos de regulação para estas matérias (Stiglitz, 2007; 2002). Os grupos defensores do interesse público têm vindo a demonstrar que o atual sistema económico e financeiro internacional é forte no estabelecimento de monopólios empresariais globais mas é fraco a evitar a biopirataria (Shiva, 2004). Outro prejuízo que se origina é a marginalização da criatividade humana local e indígena com prejuízos sérios para a saúde das populações e para os equilíbrios sociais.

6. A EXCLUSÃO DIGITAL E OS MOVIMENTOS EMANCIPATÓRIOS

Para a resolução destas problemáticas é crucial enfrentar o problema da exclusão digital. O processo de exclusão digital é uma realidade para muitos milhões de pessoas em diversas partes do mundo dada a incapacidade de acederem e de usarem as novas tecnologias de informação e de comunicação. Nesta medida, estes fenómenos contemporâneos não estão isentos de lutas sociais que visam levar a cabo processos de emancipação. “Rapidamente, a

internet tornou-se o meio de comunicação por excelência da humanidade e, rapidamente também, a rede mundial passou a abrigar lutas e movimentos por mudanças – reivindicações, campanhas, mobilizações e protestos. A internet faz-se uma nova esfera pública (Habermas, 2003) e mostra-se um estranho espelho das tensões e conflitos sociais. Diante desse cenário, chamam atenção dinâmicas de formação de lutas de resistência que vêm encontrando formas renovadas nos espaços virtuais” (Spenillo, 2015: 97). Spenillo relata, a partir da realidade brasileira, como estas ferramentas adquirem, através do seu uso, uma dimensão transcultural na luta emancipatória: *“Busca-se ressaltar aprendizagens possíveis nas atuações em redes estratégicas de resistência, dentre elas as relações global/local, o trabalho de tradução transcultural (Santos, 2010b) e a ressignificação das interdependências e do comunitário”* (Spenillo, 2015: 98).

As redes de resistência transnacionais que se formam, nestes contextos, respondem, assim, a questões experimentadas como globais uma vez que se sente cada vez menos latente e mais presente a necessidade de outra institucionalidade, horizontal, fluida e colaborativa. Nelas acionam-se competências comunicativas e saberes tecnológicos. Note-se, como ponto essencial destes movimentos, que, atendendo a alguns exemplos de lutas, eles não se opõem à centralidade e ao *status* da comunicação, ou seja, não propõem rupturas ou revoluções mas, sim, reconfigurações nas distribuições de poder sobre os usos coletivos dos aparatos tecnológicos de produção e de circulação de informação. Há uma revolta por dentro do sistema que procura redistribuições e renovações na própria lógica capitalista e que para isto utiliza os recursos hegemônicos de comunicação e de informação nos espaços virtuais (Spenillo, 2015). No entanto, a mesma autora adverte: *“Os usos dos espaços virtuais podem ser sinais de mudanças no patamar das democracias participativas, no sentido em que lá a comunicação se processa numa relação aberta e horizontal. No entanto, estas ferramentas podem também ser apenas relocalizações dos habitus enraizados da diferenciação, da distinção, da desigualdade, da colonialidade, levando para o mundo digital o jogo social de aproximações e distanciamentos. É preciso, nesse sentido, perceber quem está nas redes virtuais e a quem representam; quais grupos e causas sociais chegam aos espaços virtuais, quais lutas são legitimadas e quem adere a cada causa”* (idem: 110-111).

Ora, quando falamos da abertura da ciência à cidadania, esta terá que ser feita em articulação interna, criativa e emancipadora, entre as diferentes práticas, saberes e orientações teóricas e epistemológicas que coexistem nas comunidades científicas. É uma perspectiva que defende também os saberes das epistemologias do Sul, no quadro da ecologização de saberes, na medida em que aceita um postulado crítico de que o real não deve ser reduzido ao que existe. Só assim se tornará possível revalorizar as formas de conhecimento anteriormente desqualificadas como irracionais ou não-científicas. Trata-se de promover uma cidadania ativa e uma democracia de alta intensidade que não pode prescindir do envolvimento ativo com a ciência, o conhecimento e a tecnologia. Essa “cidadania científica” assentará, neste sentido, em dois vetores: (1) relação entre as tecnociências e os cidadãos (2) formas emergentes de produção participativa de conhecimento, da sua discussão pública e da sua regulação enquanto contribuições para uma cidadania ativa (Santos B.S. et al, 2004).

Nesta perspectiva, como defende Nunes (1995), às comunidades virtuais têm que corresponder comunidades reais para haver interlocução e emancipação. Logo é de extrema importância assegurar a infraestrutura que possibilite o desenvolvimento deste processo. As interfaces e os processos de tradução ou de conversão reguladora entre mundos da ciência e entre estes e outros mundos sociais dependem da possibilidade de transformar os objetos científicos que circulam dentro de um mundo de ciência em objetos de fronteira.

Esses objetos devem ser suscetíveis de reapropriação e de reutilização em novos contextos e de acordo com lógicas distintas, sem perderem características que os tornam reconhecíveis e identificáveis pelos diferentes tipos de atores que os usem.

Em particular, a efetivação do direito à saúde, numa perspetiva ecossocial, já referida por Nunes (2009), deverá passar pela reconfiguração dos saberes da biomedicina e da epidemiologia sobre as doenças. “*A ampliação e consolidação do conhecimento sobre as manifestações da doença, a sua etiologia ou as suas causas leva à proposta de quadros analíticos em que se definem mutuamente o domínio ou processo que se costuma designar por biológico, social, político, cultural, económico ou ambiental*” (idem: 157). E acrescenta: “*A avaliação do dano e da deficiência, que é ela própria um processo de coprodução de definições científico-técnicas, jurídicas e políticas, torna-se, nestes casos, um ponto de passagem obrigatório (Latour, 1987) do processo de reconhecimento da condição de inválido ou de deficiente*” (idem: 158). Assim, ganha relevância a consideração das diferenças entre os sistemas políticos e jurídicos nacionais, a organização dos sistemas de saúde e dos sistemas de investigação científica e de perícia, as garantias constitucionais e legais de proteção da saúde e o papel do estado, as várias formas de desigualdade, de socialidade e de biossocialidade, os movimentos sociais, organizações e formas de mobilização coletiva, bem como a influência de forças económicas e políticas e de autoridades científicas e técnicas internacionais. Neste sentido, pretende-se ir para além da responsabilização individual no tratamento das doenças dado que o indivíduo não pode ser responsabilizado em circunstâncias cujos fatores contextuais são decisivos para o desenvolvimento da patologia que lhe é apontada (Nunes, 2009).

Há, ainda, a ressaltar que o desenvolvimento das lutas emancipatórias, que inclusivamente possam efetivar o direito à saúde numa perspetiva ecossocial, tem, neste momento, grandes desafios pela frente. No quadro do atual sistema mundial, estas lutas fazem frente a forças de um poderio político-económico desproporcionalmente muito maior e a um enquadramento institucional que lhes é desfavorável. A necessidade de interlocutores, ou se quisermos de líderes, próprios às comunidades que possam mediar e mobilizar para levar a cabo estes processos é outro fator que nem é fácil de reunir. No entanto, o nível de exequibilidade e de efetividade que estes movimentos possam vir a obter são determinantes para o desenvolvimento de uma biopolítica democrática que corresponda às necessidades de todos.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No âmbito da economia global da saúde, podemos assinalar a atuação de poderes económicos e políticos muito poderosos e com uma agenda muito própria. Mais do que corresponder às necessidades de tratamento das populações, em geral, procuram-se mercados lucrativos para a comercialização e para a venda dos medicamentos e das terapias. A investigação biomédica, no âmbito da tecnociência, reflete essas prioridades. As sociedades dos países do Sul sociológico apresentam grandes carências não só ao nível do poder de compra mas também ao nível das estruturas de saúde, investigação científica, indústria farmacêutica bem como dos sistemas de regulação em diversas matérias. As populações destes países, muitas vezes, não só não veem as suas necessidades de saúde correspondidas como ainda são alvos de abusos em matéria de testes médicos e de tráfico e comercialização dos órgãos humanos. Noutra vertente, o regime de patentes comerciais vigente a nível internacional favorece a

constituição de monopólios no fabrico e na comercialização dos medicamentos privando muitas comunidades dos seus próprios saberes medicinais. Neste sentido, também se pode depreender que a atuação das diferentes entidades políticas a nível internacional, incluindo dos próprios estados, em matéria de cooperação internacional, tem sido ineficaz ou insipiente para atacar o problema da biopirataria assim como para possibilitar a transferência do conhecimento científico e tecnológico entre o Norte e o Sul de forma profícua a todos. Há aqui um défice na dimensão da solidariedade na política internacional que não deve escapar a um olhar crítico. Os dados sobre o investimento em I&D e em base do conhecimento nos países da OCDE, no início deste século, ajudam a perceber como estes países chegam aos dias de hoje numa posição de clara vantagem no desenvolvimento científico e tecnológico, que também se transfere para a área da saúde, em relação aos países em desenvolvimento que apresentam um histórico de muitos anos de grandes carências nestas áreas. Estas carências ainda se manifestam atualmente de forma premente nestes países segundo os dados apresentados por autores e por relatórios oficiais.

Numa altura em que a utilização das novas redes de informação e de comunicação adquire primazia também na área da saúde, a questão da exclusão digital é de fundamental importância nesta matéria. Em muitos países do Sul sociológico o acesso à internet, por parte da generalidade das populações, é muito diminuto ou mesmo nulo. Nesta medida, a correspondência deste tipo de redes às necessidades das comunidades para além de implicar a utilização de dispositivos de tradução transcultural também implica uma redefinição do conceito de saúde numa perspetiva ecossocial, não descuidando os saberes das epistemologias do Sul. No entanto, os desafios que se colocam ao desenvolvimento e ao sucesso dos movimentos sociais que atuam nesta área são muito significativos desde logo devido ao poderio económico e político das forças que atuam em sentido contrário. Por outro lado, a falta de recursos humanos e técnicos endógenos às comunidades também pode ser um obstáculo muito difícil de ultrapassar. Num âmbito geral, está precisamente em causa o alargamento da participação democrática comunitária nas questões da saúde.

Se as problemáticas referidas não forem corrigidas, podemos continuar a esperar nos próximos anos e nas próximas décadas, a nível global, mas com especial incidência em muitas comunidades e populações do Sul sociológico, perdas muito significativas do património natural e cultural e a continuação da degradação das condições de saúde, refletindo-se nos indicadores como a esperança de vida à nascença.

REFERÊNCIAS

- Barata, O. S. (2003) *Demografia e Sistema Internacional*, Lisboa, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Caulfield, T.; Von Tigerstrom, B. (2006) Globalization and biotechnology policy: The challenges created by gene patents and cloning technologies, in Bennett, B.; Tomossy, G.F. (eds.), *Globalization and Health: Challenges for Health law and Bioethics*, Dordrecht, Springer, 129-149.
- Nunes, J.A. (2011) Os mercados fazem bem à saúde? O caso do acesso aos cuidados. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 95, 137-153.
- Nunes, J.A. (2009) Saúde, direito à saúde e justiça sanitária, *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 87, 143-169.
- Nunes, J.A. (1995) Ciberespaço, globalização, localização: metamorfoses do espaço e do tempo nos mundos da ciência, *Oficina do CES*, 63, 1-20.
- OECD (2005) *OECD Factbook: Economic, Environmental and Social Statistics*, Paris, OECD Publishing.
- Santos, B.S.; Meneses, M.P.G; Nunes, J.A. (2004) Para ampliar o cânone da ciência: a diversidade epistemológica do mundo, in Santos, B.S. (org.), *Semear Outras Soluções: Os Caminhos da Biodiversidade e dos Conhecimentos Rívais*, Porto, Edições Afrontamento, 19-101.
- Santos, B.S. (2001) Os processos da globalização, in Santos, B.S. (ed.), *Globalização: Fatalidade ou Utopia?*, Porto, Edições Afrontamento, 31-98.
- Santos, L.G. (2004) Quando o conhecimento tecnocientífico torna-se predação high-tech: recursos genéticos e conhecimento tradicional no Brasil, in Santos, B.S. (org.), *Semear Outras Soluções: Os Caminhos da Biodiversidade e dos Conhecimentos Rívais*, Porto, Edições Afrontamento, 105-138.
- Schuklenk, U.; Bello, B. (2006) A developing world perspective on ethical and policy issues, in Bennett, B.; Tomossy, G.F. (eds.), *Globalization and Health: Challenges for Health Law and Bioethics*, Dordrecht, Springer, 13-25.
- Shiva, V. (2004) Biodiversidade, direitos de propriedade intelectual e globalização, in Santos, B.S. (org.), *Semear Outras Soluções: Os Caminhos da Biodiversidade e dos Conhecimentos Rívais*, Porto, Edições Afrontamento, 267-286.
- Spenillo, G.M.D. (2015) Mobilizações em rede nos espaços virtuais: Reflexos da era digital nas lutas sociais de resistência, *Estudos do Século XX*, 15, 95-113.
- Stiglitz, J.E. (2007) *Tornar Eficaz a Globalização*, Porto, Edições ASA.
- Stiglitz, J.E. (2002) *Globalização: A Grande Desilusão*, Lisboa, Terramar.
- UNESCO (2014) Report of the IBC on the principle of non-discrimination and non-stigmatization (online). Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0022/002211/221196E.pdf>.
- UNFPA (2016) Life expectancy at birth (years), 2010-2015 (online). Disponível em: <http://www.unfpa.org/world-population-dashboard>.

I
IMPRESA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA
COIMBRA UNIVERSITY PRESS
U

• U



C •